

# ALGUNOS SIGNOS CUTANEOS ORIENTADORES DE ENFERMEDADES INTERNAS\*

Dr. J. SANCHEZ COSIDO

Académico Corresponsal

## INTRODUCCION

EL Prof. Vilanova, en el Prólogo de la obra del Dr. Lewis, «Dermatología Clínica» por él traducida, en unión del Dr. Dulanto, vierten este párrafo que, por el prestigio de los mismos, nos honramos en citar aquí<sup>1</sup> «Cada día es mejor comprendida la importancia que tienen los conocimientos dermatológicos para el ejercicio de la Medicina, a causa del gran número de afecciones internas y generales que dan origen a síntomas de interés diagnóstico en la piel y mucosas contiguas, la enorme frecuencia y diversidad de las enfermedades propias del tegumento y el valor inigualable de este último para la investigación clínica».

El estudio de estos hechos va a constituir el objeto de nuestro trabajo que, debemos adelantar, no pretende ser exhaustivo sino de carácter modesto, al tratar de describir una serie de signos y enfermedades cutáneas que pueden servir de «aviso o alerta», permítasenos estas expresiones, sobre la posible implantación o evolución de una

enfermedad interna, tal vez hasta entonces latente, aportando así la Dermatología, una ardua y difícil labor que puede ser muy beneficiosa para el internista, todo ello en favor de una común colaboración para superarnos en nuestra misión diagnóstica y terapéutica.

## NINOS

### Exantemas del lactante

Algunos de ellos son fácilmente reconocidos por el Puericultor o Pediatra, pero a veces sucede que, por salirse de las observaciones corrientes o por una evolución anómala, su diagnóstico ofrece algunas dificultades. Siguiendo a Hilber<sup>2</sup> podemos observar una serie de síndromes cutáneos, como la dermatitis seborreica del recién nacido (eritemas con descamación untuosa, fondo rojo amarillento, extendiéndose por cara y cuero cabelludo); la costra láctea de la cabeza, y tendencia de la piel al eritema y descamación inflamatoria, al intertrigo y eritema glúteo en el primer trimestre.

El síndrome culminante de la

\* Comunicación presentada en la Sesión del día 3 de diciembre de 1963.

dermatitis seborreica que estudiamos es la Eritrodermia descamativa de los lactantes, que es la extensión de aquélla al tronco y miembros, con múltiples placas rojas, escamosas, sin prurito, que en cambio no falta en otro síndrome, el Eczema Infantil, constituido por vesículas que al romperse producen exudación y costras, sobre todo en la cara, aunque también en el cuerpo, y otro síndrome, constituido por pápulas muy pruriginosas, a veces cubiertas por una pequeña vesícula y minúscula costra en su vértice, y localizadas en cara de extensión de las extremidades, que constituyen el Prurigo Infantil.

Estas dermatosis últimamente citadas, aparte de sus características lesiones elementales dermatológicas, tienen de común el prurito intenso y el que se presentan después del primer trimestre exteriorizando unas disreacciones que se han relacionado con la Diátesis exudativa y con los estados alérgicos, por haberse comprobado positividad en las pruebas cutáneas a la clara del huevo o leche de vaca, coincidiendo con una elevada eosinofilia hemática; por esto nos hemos ocupado de ellos, por cuanto suponen un trastorno humoral y tisular y pauta para el Terapeuta.

Las enfermedades exantemáticas infecciosas más habituales pueden presentarse en el lactante (varicela, escarlatina, rubéola, sarampión), pero como no suelen ser vistas por vez primera por el Der-

matólogo, ello nos exime de que las consideremos, en este trabajo; únicamente y a fines del título del mismo, nos limitaremos a señalar que el clínico, ante estos enfermitos, deberá tener presente la posibilidad de aparición de complicaciones internas, tales como nefrosis y encefalitis en la varicela; otitis y nefritis en la escarlatina, y otitis y bronconeumonías en el sarampión.

Respecto de la sífilis del lactante o sífilis prenatal, término propuesto por Kolmer, hemos de pensar en ello cuando observemos en la piel o mucosas alguna o algunas de las lesiones siguientes: piel marchita de la cara que da la impresión de viejo, rinitis con secreción purulenta que dificulta la succión, y una erupción que puede estar casi generalizada, pero su característica es invadir palmas, plantas y lesiones pápuloúlcerosas en nalgas y genitales, y fisuras de la boca y de los labios, y elementos ampollares (pénfigo sifilítico), de contenido seropurulento o hemorrágico que se rompen formando costras, localizadas en palmas y plantas y también alopecias difusas, y en claros, asentando en la parte anterior del cabello, en tanto que en niños normales suele ser la posterior, y entonces la existencia de abortos o de fetos macerados, en la madre, la positividad en la misma de las reacciones de hemólisis y de floculación así como el que hallemos en ella algunas lesiones de tipo roséola o pápulas o

condilomas en los pliegues o genitales, nos dan la confirmación de nuestra sospecha.

## ADULTOS

### A. Lesiones de la mucosa bucal

Cuando son persistentes, y sobre todo se acompañan de otras lesiones cutáneas y estado general afectado, debe pensarse en tuberculosis, sífilis, precisando para el diagnóstico una anamnesis cuidadosa y estudio de los antecedentes personales, con sus investigaciones complementarias. Por lo que se refiere a las micosis, es frecuente en los ancianos el muguet, producido por hongos *oidium* o candida, apareciendo placas blanco-grisáceas en boca, pero que pueden extenderse por faringe y esófago, así como por vías respiratorias.<sup>3</sup>

Cuando observemos una estomatitis con ulceraciones, mejillas edematosas, escaras negruzcas y mal estado general, pensaremos en el noma, afección grave que puede determinar una neumonía o gangrena pulmonar por aspiración. Cuando veamos estomatitis con gran sialorrea y sobre todo fuerte tumefacción del borde gingival, pensaremos en la acción de ciertos metales (oro, plata, bismuto), y en la intoxicación saturnina, viendo el «ribete de Burton» (borde gingival azul oscuro). En el hidrargirismo crónico, el ribete es negro (ribete de Gilbert); en la intoxicación por

el cobre es verdoso (ribete de Du-guet). Otra forma de estomatitis es la aftosa, recidivante, con sus erosiones amarillas y halo eritematoso. Pueden ser de origen focal, vírico o falta de higiene bucal, etc., pero a veces los brotes pueden anunciar enfermedades gastrointestinales o de otro origen, o disreacciones alérgicas, habiendo coincidido en algún enfermo con brote de herpes genital.

Las alteraciones endocrinas y metabólicas dan lugar en la diabetes, a coloración amarillo-anaranjada de la lengua, y la enfermedad de Addison produce pigmentaciones en la mucosa bucal; la glositis atrófica crónica, que produce una lengua roja y despilada, se encuentra a veces en la anemia perniciosa y pelagra y sífilis tardía. La leucoplasia crónica debe considerarse como premonitória del cáncer. El líquen plano ocasiona erupciones papulosas blancuzcas de la mucosa bucal, e igualmente en el eritema polimorfo y pénfigos se producen lesiones ampollares.

Finalmente, debemos considerar las neoplasias malignas asentando más frecuentemente en el borde muco-cutáneo del labio, o en la lengua: pertenecientes al tipo carcinoma, apareciendo o sobre una base leucoplástica o como enfermedad primitiva. Cuando en estas regiones veamos una lesión nodular, bien limitada, infiltrada, o una fisura persistente que tiende a ele-

varse o indurarse, debemos (sin esperar la adenopatía) practicar biopsia y examen histopatológico, para hacer un diagnóstico precoz que supone una posible garantía de tratamiento curativo.

### **B. Lesiones de las mucosas genitales**

De acuerdo con el título de este trabajo, sólo mencionaremos aquellas que pueden orientar hacia una enfermedad interna. Análogamente a como mencionábamos en el apartado anterior, también aquí podemos hallar lesiones de tuberculosis y sífilis. Referente a esta última y sin estado de fimosis, podemos observar una lesión única, indurada, con tendencia a la erosión, con adenopatías inguinales, bilaterales, muy consistentes, o pápulas erosionadas (placas mucosas), o bien una tumoración local, que pronto se destruye, apareciendo una gran ulceración, todo lo que representan las formas precoces o tardías de la enfermedad.

Referente a las balanitis, podemos encontrar en sus formas cerradas con fimosis congénito o inflamatorio, orientación hacia la sífilis, cuando cursan con una adenopatía inguinal bilateral aflegmática, sin periadenitis y con ganglios rodaderos y no adherentes. En cambio, una balanitis sin fimosis, persistente y rebelde a los tratamientos habituales, debe hacernos pensar por hongos o levaduras, tipo

Muguet; las formas gangrenosas de balanitis se observan actualmente en contados casos, cursando con ulceraciones de tendencia invasora con gran alteración del estado general, fiebre elevada, prostración del enfermo, y pueden ocasionar una septicemia.

Carcinoma; aparece en mucosa de genitales, como continuación de una eritroplasia o como entidad propia, constituyendo en las uniones muco-cutáneas una infiltración nodular, pero siempre consistente, que tiende a aumentar de tamaño y ulcerarse en su porción más elevada. Este carácter de elevación ulcerada es característico de las neoplasias de células escamosas, como suelen ser éstas, presentándose rápidamente las adenopatías.

*En genitales femeninos* de las enfermedades venéreas, en relación con enfermedades internas, sólo citaremos la lúes y la linfogranulomatosis inguinal subaguda (enfermedades también del hombre); podemos observar la primera en región vulvar, traduciendo por el chancre como lesión única infiltrada y erosionada, con su obligado acompañante, la adenopatía bilateral inguinal, aflegmática y también otra forma, un labio muy infiltrado y aumentado de volumen, con iguales adenopatías; asimismo, pápulas múltiples, exudativas, erosionadas, grandes (condilomas) y el goma luético, como infiltración tumoral que rápidamente ocasiona una gran ulceración, expresiones

que significan una infección interna de la importancia individual y social de la sífilis.

La linfogranulomatosis inguinal subaguda o síndrome de Nicolas-Favre, además del chancro (puerta de entrada), vulvitis y adenopatías linfogranulomatosas, con sus características de «poros» múltiples, identificables por sus caracteres clínicos y la positividad de la intradermoreacción de Frei, significa también la producción de otras alteraciones internas, como son el estado febril, malestar general, artralgias, astenia e inapetencia, conjuntivitis y hasta fueron señalados, a veces, síntomas nerviosos.

Otro proceso de mujeres de edad es la craurosis vulvar, proceso inflamatorio local con eritema y edema posteriormente, y de modo crónico se produce un engrosamiento de los tejidos, terminando por atrofia con prurito, corriendo la enferma el peligro de producirse un carcinoma (Becker) <sup>4</sup>, habiéndonos ocupado de su estudio en el apartado anterior, por lo que no insistimos sobre el particular, pues los caracteres clínicos son muy análogos.

### C. Lesiones afectando conjuntamente varias mucosas

De entre los síndromes que pueden corresponder a este enunciado y que producen alteraciones internas, tenemos el de Stevens-Johnson, que, en efecto, ataca a diversas mucosas. J. Pablo d'Ors y co-

laboradores <sup>5</sup>, en un documentado artículo publican varias observaciones recogidas en el plazo de 3 meses, procedentes de una misma zona, o sea en forma epidémica, presentándose síntomas muy variados, aunque en algunos casos no se completaran, la totalidad del cuadro clínico (fiebre, amigdalitis, lesiones bucofaríngeas, conjuntivales, tráqueo bronquiales, uretritis y eritemas cutáneos) pruriginosos en partes más bien distales de miembros, que luego en algunos de ellos aparecía una ampolla. Comprobaron otras alteraciones generales y aumento de la velocidad de sedimentación, y resumen su estudio como enfermedad de etiología no aclarada y que se estudia dentro del conjunto de los eritemas polimorfos febriles.

Consecuencia de cuanto antecede es que los Dermatólogos, ante una enfermedad como la descrita, hemos de pedir al Internista un estudio completo de cuantas alteraciones hemáticas y viscerales pueda presentar el enfermo, y sugerirle la posibilidad de presentación de otros enfermos entre las personas o familiares más próximos al paciente. Pueden presentarse casos de eritema polimorfo que pudieran recordar al síndrome anteriormente estudiado, pero que cursan (Gatti y Cardama <sup>6</sup>), con eritema y pápulas unas veces, y eritema y vesículas o ampollas en otras, asentando en dorso de manos, antebrazos, rodillas y cara; también con fiebre y artralgias,

afectando la mucosa bucal en la mitad de los casos.

En otro tipo de lesiones cutáneas, eritema y edema, seguido de atrofia y pigmentación en partes descubiertas, pueden afectarse varias mucosas, en los brotes de *pe-lagra*, sobre todo en verano. Ya se conocen, como es corriente, las estomatitis y glositis, y en casos menos frecuentes se han visto lesiones parecidas en vulva, y como es de común observación que los enfermos aquejen marcadas alteraciones digestivas, dolores gástricos y diarreas, elementos todos que nos permiten orientar el diagnóstico y buscar la colaboración del Digestólogo o del Internista para su mejor tratamiento. También podría figurar aquí la enfermedad de Reiter <sup>7</sup>, con su poliartritis subaguda combinada con uretritis y conjuntivitis. La artropatía es múltiple.

#### CH Dermatosis orientadoras de enfermedad interna

Volvemos a seguir, aquí, a Becker, Obermayer <sup>4</sup> para llevar un orden expositivo, pues la variedad de lesiones cutáneas es numerosa, fundados en la morfología de las mismas, y consignaremos sólo aquellas que representen una enfermedad interna importante.

##### a) *Afecciones maculosas.* *Púrpuras.*

Son la extravasación, no trau-

mática, de sangre en la piel, desde los pequeños vasos. Es un síndrome de respuestas a varias etiologías. Pueden observarse en cualquier punto de la piel. Su clasificación es difícil. Según como se comporte el examen de sangre suelen dividirse en: no trombocitopénicas, trombocitopénicas y púrpuras, con factores hereditarios y de coagulación. Becker, Obermayer <sup>4</sup>. En el primer grupo, la sangre es normal, perteneciendo a él la reumática de Schoenlein, que puede complicarse con endocarditis y pleuresía; la de Henoch, acompañada de cólicos abdominales y hemorragias intestinales, y otras que acompañan a determinadas enfermedades infecciosas como tifus, meningitis cerebroespinal, etc.

En el segundo grupo existen ya reducción de las plaquetas sanguíneas, prolongación del tiempo de hemorragia, etc., y se traducen por la forma hemorrágica de Werlhof, siendo simultáneas las lesiones de piel y hemorragias profusas en las mucosas, que pueden prolongarse y orientar hacia una posible leucemia, agranulocitosis, tumores de la médula ósea, o irradiaciones excesivas por rayos X. En el tercer grupo se incluye la hemofilia, afección purpúrica hereditaria, traduciendo por equimosis de piel y tejido subcutáneo, hemorragias diversas y tiempo de coagulación muy prolongado, estando alterada la formación de trombina. La fibrinopenia, con iguales hemorragias, apareciendo en ambos sexos

y con deficiencia del fibrinógeno en la sangre.

#### b) *Dermatosis ampollares*

Sólo nos ocuparemos del pénfigo crónico, enfermedad constitucional grave caracterizada por la formación sucesiva de ampollas en la piel y mucosas, de etiología desconocida. Por su clínica, se distinguen el vulgar, el foliáceo y el vegetante, según que se nos presente la formación de ampollas múltiples y en grupos sucesivos de modo recidivante o la formación de ampollas que apenas se levantan de la piel y se rompen, con descamación continua, o la producción, sobre todo en los pliegues, axilas o inguinal, mamas, etc., de erosiones, ulceraciones y formaciones vegetantes. En todas estas formas clínicas el pronóstico es grave.

#### c) *Dermatosis eritematoescamosas*

Consideraremos aquí al lupus eritematoso, afección crónica, de comienzo eritematoso y terminación cicatricial. El eritema inicial es persistente, se cubre de escamas que, si tratamos de desprenderlas, vemos que tienen una prolongación hacia el interior. La placa eritematosa, que asienta en la cara o cuero cabelludo, se va blanqueando al propio tiempo que se deprime; es la atrofia cicatrizal. También la mucosa bucal puede afectarse; precisa de causas externas

(luz solar) e internas (focos infecciosos) crónicos, aunque todavía su etiología es muy debatida. No obstante, cuando la veamos hemos de estudiar la posibilidad de un foco interno patológico.

#### ch) *Distrofias cutáneas*

La acantosis nígricans se traduce por la aparición de placas simétricas, aterciopeladas o verrugosas, luego hiperpigmentadas y hasta papilomatosas. Producida por la hipertrofia papilar, asentando sobre todo en las axilas y nuca, aunque puede afectar, también, la región genital. La citamos aquí porque en una mitad de casos, sobre todo después de la cuarentena (Becker Obermayer) <sup>4</sup>, se asocia con tumores malignos, especialmente abdominales, por lo que el Dermatólogo debe orientar el enfermo al Internista para el estudio de tal circunstancia.

#### d) *Ulceraciones*

Seguimos desde aquí a Gatti y Cardama <sup>6</sup>. Ulceración es toda pérdida de substancia que lesiona la basal, dejando tras de sí una cicatriz. Se reserva el nombre de úlcera para las ulceraciones de curso crónico. Aquí sólo vamos a considerar aquellas que pueden orientar al clínico hacia una enfermedad interna importante. Así tenemos el chancro sifilítico ulceroso, asentado en cualquier lugar del terreno cutáneo mucoso, característico por

la existencia en el mismo de treponemas y su adenopatía, satélite regional múltiple y aflegmásica, con serología positiva cuando han transcurrido unos 15 días de su existencia. El goma sifilítico (ya del período tardío de la enfermedad), se localiza más veces en los miembros inferiores y cabeza; es primeramente un nódulo profundo que se reblandece y se ulcera, con bordes cortados a pico, de fondo sucio. La historia del enfermo y la positividad serológica darán el diagnóstico, pero lo importante, en este período es saber que nos avisa que el enfermo puede tener una cardioaortitis o una sífilis nerviosa, tabes o parálisis general.

Otro tipo de enfermo es el que, con antecedentes de una dermatosis de evolución prolongada que se acompaña de perturbaciones de la sensibilidad que presenta alopecia de cola de cejas, un coriza prolongado, epistaxis con engrosamiento del cubital; que ha presentado tubérculos que después dan lugar a ulceraciones, nos lleva al diagnóstico de lepra, que confirmaremos por la investigación del mycobacterium, leprae, en moco nasal y biopsia de lesiones, debiendo anotar que la reacción a la lepromina es de carácter pronóstico.

Otras veces estaremos ante las formas clínicas del escrofuloderma, formación ganglionar generalmente cervical o axilar, que se reblandece y abre al exterior con fistulas y ulceraciones. Su evolución es de meses. En otras ocasiones, se

trata de jóvenes que durante mucho tiempo tienen placas infiltradas en parte inferior de las piernas, que finalizan con ulceración. Es el eritema indurado de Bazin; ambas formas nos orientan hacia la tuberculosis, que confirmaremos por las pruebas del Mantoux, biopsia, inoculaciones al cobayo, etc.

#### e) *Gangrenas*

Significan la muerte local de los tejidos, que luego se eliminan por escara o esfacelo (Gatti Cardama<sup>6</sup>). Se presenta en forma seca momificada (reabsorción) y húmeda, en que los líquidos favorecen la multiplicación de gérmenes, pero lo más notable es que, aparte las de origen vascular (Buerger y Raynaud), nos puede orientar hacia un trastorno interno; así el origen tóxico por alcohol o tabaco; el metabólico por diabetes; el infeccioso en la gangrena gaseosa; en los de predominio nervioso, hacia la lepra.

#### f) *Tumores cutáneos*

Como estas neoformaciones, en bastantes casos, sólo tienen una malignidad exclusivamente local o la originada por metástasis a través de los vasos o diversos órganos, no corresponden al tema de nuestro estudio; no obstante, hay algunos que sí entran en nuestro trabajo. Así tenemos los xantomas (Gatti y Cardama) <sup>6</sup> originados por el depósito de lípidos en los histio-



citosis, en codos y rodillas. Una variedad son los xantelasmas, lesiones planas localizadas en los párpados. Ante tales lesiones, el Dermatólogo debe orientar al Internista sobre posibles trastornos hepáticos o pancreáticos. También incluimos aquí la enfermedad de Recklinghausen que, con sus pigmentaciones y tumores cutáneos, tan típicos, nos deben hacer pensar en la posible aparición de trastornos mentales, extremo que debe precisar el neuro-psiquiatra.

### g) *Reticulopatías*

#### RETICULOSIS

Afecciones proliferativas del sistema retículo endotelial, pero, como dicen Gatti y Cardama <sup>6</sup>, son las lesiones caracterizadas histológicamente por una proliferación homogénea de las células de dicho sistema, no acompañada de alteraciones de órganos hematopoyéticos; así quedan eliminadas las hematodermias.

*Forma tumoral.* — Enfermedad angiomatosa de Kaposi. Es rara, se presenta en tumores pequeños, de aspecto angiomatoso en la piel, boca, miembros y tronco, y después de tres o más años aparecen en pulmón o tubo digestivo iguales formaciones, que preceden a la muerte, que llega por hemorragia. No suele observarse ataque ganglionar (Gatti y Cardama <sup>6</sup>). Los enfermos aquejan como primeros

síntomas sensación de quemadura a nivel de las lesiones.

*Forma nodular.* — Enfermedad de Besnier-Boeck Schaumann, con numerosos tubérculos dérmicos en cara y miembros superiores (sarcooides), y después de meses a años, de aparición por brotes, dejando cicatrices; al final, nódulos en pulmón y pseudoquistes en los huesos de manos y pies.

*Forma granulomatosa.* — Tiene dos aspectos: a) Enfermedad de Hodgkin. Tiene un primer período de hipertrofia ganglionar, después el intenso prurito cutáneo, nódulos, eritrodermias cerca de ganglios afectados. Luego, esplenohematomegalia, y finalmente caquexia. En los ganglios, las células multinucleadas.

b) Micosis fungoide. Comienzan por prurito generalizado, terrible; después viene la fase de eritrodermia premicótica, con aspecto eczematoso seco; al final, los tumores micóticos, desde el tamaño de una nuez al de una mandarina, de consistencia blanduzca, y se ulceran, terminando por enfermedad intercurrente (pulmonar o septicemia). En la fórmula hemática, eosinofilia o monocitosis discreta. En la biopsia, nidos linfocitarios, intra-epidérmicos (Gatti y Cardama) <sup>6</sup>.

#### RETICULOMAS

Especialmente los malignos, no es una proliferación homogénea ni

una simple hiperplasia de las células del sistema retículo endotelial, sino una proliferación desordenada y atípica de los elementos histiocitarios.

*Formas benignas.* — Histicito-  
ma, muy poco frecuente. Parecido al fibroma en pastilla; tumor benigno, constituido por tejido conjuntivo, que aparece en los miembros como una formación dura al tacto y con implantación profunda. Se diferencia de él por estar formado por histiocitos. Hay formas que unen a ambos; son los histiocitofibromas.

*Formas malignas.* — Abarcan tipos diversos de lesiones, pero tienen datos comunes: proliferación desordenada y atípica de los elementos histiocitarios, diseminación a ganglios y médula ósea, curso a menudo fatal. Sus límites, con sarcomas y leucemias, muchas veces difíciles de precisar (Gatti y Cardama <sup>6</sup>).

*Formas agudas.* — Generalizadas en días o semanas, evolución fatal. Lesiones cutáneas: exantemas (eritemas, nódulos, ulceraciones, púrpuras). Son, según los autores citados, criptoleucosis reticulúes agudas, más raramente verdaderas leucemias.

*Forma subaguda.* — En esta forma, las lesiones cutáneas son constantes, y a veces predominantes. Variedad multinudolar de aspecto

tumoral, que pueden ulcerarse. Mucosa bucofaríngea a veces afecta. Variedad ulcerosa, consecutiva a la anterior. Variedad eritrodérmica (eritema generalizado, de fondo y, en algunas zonas, nódulos, ulceraciones). Recuerdan mucho a la micosis fungoide, y hay opiniones que sostienen que esta última, cuando se inicia con tumores es en realidad una reticulosis histiocitaria maligna.

#### h) *Hematodermias*

Dermatosis unidas a un trastorno del sistema hematopoyético. El pensar en ellas es importante, sobre todo cuando se acompañan de lesiones cutáneas. Sus alteraciones sanguíneas son en la serie blanca. Gatti y Cardama <sup>6</sup>.

#### LEUCOSIS

Son hiperplasias del tejido leucopoyético, pero también de todos los sitios donde existan células mesenquimáticas indiferenciadas; las manifestaciones cutáneas pueden ser inespecíficas, prurito, eczema, pápulas, etc., son las «leucémides», o específicas, es decir, con estructura citológica que corresponde al tipo de leucosis que las origina: son la «leucemia cutánea».

Mielosis. (Aumento de los elementos blancos, procedente de la médula ósea), el cuadro cutáneo falta con frecuencia, cuando existe lo hace con prurito e infiltraciones

aisladas. Pueden evolucionar en forma aguda o crónica.

Linfadenosis. (Aumento de elementos linfoides, que proceden del tejido linfático), los signos cutáneos son evidentes, tales como prurito, tumores, eritrodermias, etc. Pueden evolucionar en forma aguda o crónica.

Reticulosis leucémica o leucemia monocítica. Aumento de monocitos, que proceden del conjuntivo, de todos los órganos y los endotelios y pleura y pulmón y de los vasos. Las lesiones son mucosas úlcero-hemorrágicas, gingivitis, estomatitis, etc. Es de curso agudo.

#### i) *Colagenosis*

El tejido conjuntivo, anteriormente considerado de sostén, ha sido cambiado por otro concepto, el dinámico. Se distribuye por el tegumento visceral, vasos y aparato locomotor. Sus células son de gran capacidad genética. Sus fibras son colágenas, elásticas y reticulares. Su sector regulador incluye vasos y nervios. Frente a un agente inflamatorio reaccionan con dilatación vascular, infiltración celular y neoformación.

Lupus eritematoso exantemático, que ofrece placas eritemo-violáceas en cara y manos o petequias en los pulpejos de los dedos, alopecias, hemorragias en boca o fosas nasales, artralgias, atrofas y, en ocasiones, derrames serosos y adenopatías. En la sangre periférica, neutrófilos con inclusiones celulares del tipo nú-

cleo-proteico (células L.E.). Todo acompañado de fiebre, postración y muerte por septicemia o neumonía.

Periarteritis nudosa. (Mesoarteritis necrosante con infección general.) Su etiología, focos sépticos, intoxicaciones, etc. Produce fiebre, escalofríos, hepatomegalia, anemia, eosinofilia, etc. Lesiones cutáneas, con eritemas, nudosidades diseminadas y obliteraciones vasculares, a veces gangrenas.

La dermatomiositis comienza con malestar general y somnolencia. En la piel, eritema edematoso periorbitario, cuello y manos, conjuntivitis y lesiones musculares con edema, atrofia, impotencia funcional, miositis retráctil en flexión.

Las esclerodermias hacen la piel más consistente y adherente a los planos profundos. Pueden ser generalizadas, con infiltración edematosa cutánea, borrando los pliegues, dificultando los movimientos; después la piel se endurece, dando síndromes de esclerodactilia en las manos con dedos rígidos. Otras veces son esclerodermias en placas en cara, pecho, etc., con el centro blanco y consistente o en bandas, formando una cinta esclerosa de longitud variable.

### RESUMEN

En este trabajo se intenta mostrar (partiendo de una abreviada sintomatología de diversas dermatosis y afecciones de las mucosas),

la importancia de la observación de ese cuadro clínico como orientación de una posible enfermedad interna, a fin de que ésta sea investigada por el clínico y medios complementarios correspondientes, con la ventaja de un diagnóstico precoz de

la misma y una terapéutica, por tanto, más eficaz. No es un trabajo exhaustivo. No obstante, se ha tratado de recoger en el mismo las dermatosis más importantes en relación con la orientación antes expresada.

*Discusión.* — El Dr. M. Garriga Roca hace hincapié sobre la dependencia existente entre acné juvenil, acné premenstrual y tasa de hormonas.

El Prof. A. Pedro Pons (Presidente) subraya la decidida importancia de la relación dermatología-medicina interna, de querer contribuir al diagnóstico óptimo de muchas enfermedades.

El disertante insiste en el valor que hay que conceder a las reacciones cutáneas.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Prof. VILANOVA: Prólogo de «Dermatología Clínica», de Dr. Lewis. Ed. Esp. Salvat, Barcelona, 1956.
  2. H. HILBER: «Medizinische Klinik». Ed. Esp., 14, II, 1962.
  3. Editorial: «Notas Terapéuticas», Parke Davis. 55, 145, 1962.
  4. BECKER, OBERMAYER: «Dermatología y Sifilología», Ed. Salvat, Barcelona, 1945.
  5. J. PABLO D'ORS y col.: «Boletín de Patología Médica», 141, 1963, Madrid.
  6. GATTI y CARDAMA: Manual de Dermatología. E. Ateneo, Buenos Aires, 1958.
  7. ROF: Formulario Clínico. Ed. Labor. Barcelona, 1958.
-